UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 - N° 139

SUR DEUX CAS DE BLASTOMYCOSE CUTANÉE DU TYPE GILCHRIST

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1950

PAR

Roger MONRIBOT

Né à BORDEAUX, le 30 Juin 1924

Examinateurs de la Thèse

- MM. JOULIA, professeur ..... *Président*
- FONTAN, professeur ..... *Juges*
- LE COULANT, agrégé .... *Juges*
- L'ÉPÉE agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
S. LOUHAU, IMPRIMEUR
91, Rue de Vincennes, 91

1950

THÈSE
DE
MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 - N° 139

SUR DEUX CAS DE BLASTOMYCOSE CUTANÉE DU TYPE GILCHRIST

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1950

PAR

Roger MONRIBOT

Né à BORDEAUX, le 30 Juin 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur..... *Président*
FONTAN, professeur.....
LE COULANT, agrégé.... *Juges*
L'ÉPÉE agrégé.....

BORDEAUX
S. LOUHAU, IMPRIMEUR
91, Rue de Vincennes, 91

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen honoraire M. DUPÉRIÉ.
Doyen : M. PORTMANN. — Assesseur : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHECŒUF.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIE.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale	PAPIN. MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et Clinique la tuberculase	PIECHAUD.
Médecine légale et du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et cl. élec. méd.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. infantile et orth.	LOUBAT.
Clinique des maladies infect.	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	N.
Physique médicale et pharmaceut.	PIFFAULT.
Méd. colon. et clinique des maladies exotiques.	BONNIN.
Clinique des mal. cutanées et syp.	JOULIA.
Clinique des mal. des voies urin.	DARGET.
Clinique des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Thérapeutique	BROUSTET.
Clinique odonto-stomalogique	DUBECQ.
Clinique méd. malad. des enfants.	FONTAN.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie).
MESNARD (Pharmacie), TAYEAU (Chimie biologique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCE

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	SARIC. DUBARRY. TRAISSAS. BERGOUIGNAN LÉVY.
Chirurgie générale	POUYANNE. LAUMONIER. CHAVANNAZ.
Chimie Biologique	N.

	MM.
Obstétrique	MAHON.
id.	CHASTRUSSE.
Ophtalmologie	BESSIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et du travail	L'ÉPÉE
Electra-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomalogie	MARONNEAUD.
Urologie	LANGE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.
Accouchement	MAHON.
Puériculture	N.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
id.	COUSTOU.
Législat. pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	BABIN.

	MM.
Cryptogamie	LAUBIE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Organographie et phys. végétale	TEMPÈRE.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	NEUZIL.
Parasitologie et biologie appl.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
id.	LAUMONIER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinion émises dans les Thèses qui lui sont présentés doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE L'EPEE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE LÉGALE ET DU TRAVAIL

MÉDECIN-INSPECTEUR DIVISIONNAIRE DU TRAVAIL

ASSISTANT DE DERMATOLOGIE DES HÔPITAUX

Qui nous a communiqué une observation.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LE COULANT

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Nous lui devons le sujet de ce travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'aide précieuse qu'il a bien voulu nous apporter.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FONTAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JOULIA

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN CONSULTANT RÉGIONAL DE DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE

MÉDECIN DU CENTRE RÉGIONAL DE PROPHYLAXIE

DES MALADIES VÉNÉRIENNES

CHEVALIER DE L'ORDRE SERBE DE SAINT-SAVA

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici, avec nos vifs remerciements, l'assurance de nos sentiments respectueux et dévoués.

SUR DEUX CAS DE
BLASTOMYCOSE CUTANÉE
DU TYPE GILCHRIST

INTRODUCTION

Au point de vue étymologique une blastomycose est une mycose dont le champignon pathogène prend des formes bourgeonnantes dans la profondeur des tissus. Ce nom s'appliqua d'abord aux levures pathogènes. Mais comme cette morphologie du champignon dans le tissu ne suffit pas pour déterminer l'espèce, le genre, et la famille, le mot de blastomycose a fait son chemin avec succès, mais sans exactitude scientifique. Si bien que pratiquement il n'y a pas une blastomycose mais des blastomycoses.

Nicolas V. Greco, sans son ouvrage : « *Origine des tumeurs* (Etiologie du Cancer, etc...) *et observations de mycoses* (Blastomycoses, etc..) *Argentines* », s'exprime ainsi : « Quand on nomme une affection blastomycose, on res-

treint ou bien on limite à un certain groupe de mycoses les affections qui ont été ainsi décrites en les séparant, de fait d'autres mycoses qui ont déjà pris en pathologie une position indépendante et définie parce qu'elles correspondent respectivement à un champignon également bien défini et facile à déterminer par sa fréquence, comme par exemple: l'actinomycose, le mycétome, les trichophyties, le favus, la sporotrichose, le pityriasis versicolor, l'érythrasma, les piedras, etc... »

Cette simple citation montre suffisamment l'imprécision des limites de ces affections pour lesquelles le terme de « mycose » serait presque aussi précis que celui de « blastomycose ». Que représente plus précisément le type auquel se rattachent les quelques faits que nous avons l'intention de rapporter ? En un mot, qu'entend-t-on par blastomycose de type Gilchrist ? Quant à nous, nous croyons que cette dénomination n'a rien à voir avec des facteurs mycologiques. Elle ne s'adresse pas à l'affection produite par tel ou tel genre pathogène déterminé, par opposition à tel autre, mais elle a uniquement une signification clinique et nous partageons absolument l'avis de W. Dubreuilh, exposé dans sa communication faite au Ve Congrès International de Dermatologie de Berlin (12-17 septembre 1904) :

« Il est nécessaire tout d'abord de distinguer de la blastomycose cutanée que j'ai en vue, les levures auxquelles Sanfelice, Roncali et d'autres auteurs italiens ont attribué diverses tumeurs malignes, et notamment des sarcomes », et un peu plus loin : « parmi les faits restants, et qui constituent déjà un ensemble plus homogène, Lowenbach et Oppenheim distinguent avec raison deux types différents au point de vue clinique.

Le premier cas est représenté par le cas de Busse et Buschke, observé à Creifswald. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, chez qui la maladie a débuté par des lé

sions osseuses et articulaires; plus tard survinrent des ulcérations cutanées et des lésions ganglionnaires et viscérales qui entraînèrent la mort ».

Dubreuilh rapproche de ce dernier type quelques observations américaines dans lesquelles on note des nodules cutanés qui s'ulcèrent, avec sécrétion purulente et fétide, et il poursuit : « A la suite, ou quelquefois avant, surviennent des lésions viscérales et notamment pulmonaires ressemblant beaucoup à la tuberculose cliniquement et anatomiquement. La maladie s'est généralement terminée par la mort. Le pus et les fongosités des ulcères et des lésions profondes contiennent des blastomycètes... »

Plus loin, à propos du second type : « le dernier type auquel se rattache le cas que j'ai observé, a été décrit d'abord par Gilchrist en 1896, etc... » et encore : « cette forme bénigne et purement cutanée de la blastomycose paraît être la plus commune ».

Ainsi donc, la différence entre les blastomycoses au point de vue général et le type Gilchrist en particulier serait la suivante ; tendance plus ulcéreuse des premières, marche plus rapide, généralisation des lésions, le parasite pouvant être cependant le même.

Schématiquement, et pour achever de placer le sujet, on peut dire que la blastomycose de type Gilchrist consiste essentiellement en lésions cutanées. Ces dernières sont disséminées sur différentes parties du corps et on trouve simultanément des papules, des nodules, des abcès miliaires, des placards papillomateux, croûteux, sous lesquels suinte un pus jaunâtre et nauséabond. Ces différents éléments correspondent à des stades différents d'un même processus. Dans le pus et dans les lésions, on trouve des levures que nous décrirons ultérieurement et qui sont responsables de la maladie. L'évolution est lente, par poussées successives, entrecoupées de rémissions apparentes.

HISTORIQUE

C'est en 1896 que cette affection fut décrite pour la première fois en Amérique par Gilchrist (*Gilchrist T.C. : Case of blastomycetic dermatitis in man, Johns Hopkins Hosp. Rep.* 1 : 269 1896). Appelée au début dermatite coccidioïde, elle prit ensuite le nom de dermatite blastomycétique ou blastomycose cutanée, quand les cultures eurent montré que le parasite était une levure végétale offrant des formes filamenteuses comparables à celle du muguet.

Après 1896, une quarantaine de cas en sont décrits, toujours en Amérique, en particulier par Gilchrist, Hyde, F. Montgomery (Chicago), D. Montgomery (San Francisco). La maladie est encore inconnue en France.

Ce n'est qu'en 1904, que W. Dubreuilh, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, signale pour la première fois en France un cas de blastomycose cutanée observé à la Clinique Dermatologique de Bordeaux au début de la même année; ceci est d'ailleurs l'objet d'une communica-

tion au Congrès International de Dermatologie de Berlin (12-17 septembre 1904) sous le titre « *De la Blastomycose cutanée* ».

Entre 1896 et 1904, trois cas seulement ont été publiés en Europe : un en Italie par De Amicis, chez un homme qui d'ailleurs avait contracté la maladie en Amérique; un en Angleterre par Sequeira; un en Autriche par Lowenbach et Oppenheim.

La communication de Dubreuilh est donc non seulement la première en France, mais encore la quatrième en Europe, et même la troisième si l'on considère qu'un des malades avait contracté la maladie en Amérique. A ce titre déjà, elle présente un intérêt considérable, mais ce qui à nôtre avis lui donne peut-être plus de valeur encore, c'est la remarquable étude histologique, d'une grande richesse de détails et de précisions, qui l'accompagne.

Quelques cas en ont été signalé depuis en France, par Hudelo, Duval et Laederich, Hufschmitt, Balzer, Gougerot et Burnier, Pautrier, Pautrier et Glasser. Plus récemment encore, J. Watrin et Surdey, en 1946, en publient une observation chez un cultivateur vosgien de quatre vingt trois ans (*La Semaine des Hôpitaux*, 22 année, N° 7, 21 février 1946, page 280). C'est précisément en raison du petit nombre d'observations publiées que nous avons pensé utile de signaler les deux cas nouveaux qui suivent, mais auparavant, nous allons résumer brièvement, dans l'ordre chronologique, les observations qui ont précédé les nôtres, en France.

Observation communiquée au V^e^ Congrès International de Dermatologie de Berlin (12-17 septembre 1904) par W. Dubreuilh.

Charles M..., âgé de 60 ans, se présente à la Clinique Dermatologique de Bordeaux, le 10 février 1904 pour une tumeur ulcérée du dos de la main droite, datant de six ans. Rien à signaler dans ses antécédents.

Début par une petite tumeur grisâtre du volume d'une lentille, dure, siégeant sur le dos de la main droite, nodule indolent qui suppurait parfois. La lésion se couvre de croûtes épaisses et dures et s'accroît. Le malade a subi deux raclages, ou ignipunctures qui n'ont pas arrêté la marche de la maladie. En arrachant les croûtes épidermiques, on tombe sur une surface verruqueuse hérissée de longues papilles irrégulières. Le diagnostic de tuberculose verruqueuse est alors fait, en fonction de la place qu'occupe la lésion (inoculation en essuyant la moustache avec le dos de la main), bien que le malade ne tousse, ni ne crache.

Le 18 février, excision du placard. Un greffon prélevé à la cuisse est mis en place. Le 29 mars, le greffon est bien vivant et solidement adhérent. L'examen microscopique montre les lésions classiques : tissu de granulation, travées conjonctives avec fibres élastiques, cellules géantes, présence de blastomycètes.

Etude d'un cas de Blastomycose à foyers multiples, Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1906, 23e année, 6 juillet, page 273, par Hudelo, Duval et Laederich.

Il s'agit d'un malade qui présente plusieurs nodules : à la face interne de la jambe gauche, au niveau du visage, de l'hypogastre, du cuir chevelu. Ces nodules sont indolores. Il n'existe pas d'adénopathie. Devant ce tableau, deux diagnostics sont évoqués : tuberculose, syphilis. Pour trancher la question on fait une biopsie qui après examen, donne : tissu de granulation, cellules géantes, enfin des levures qui se multiplient par bourgeonnement.

Nouvelle mycose : Parendomycose gommeuse ulcéreuse dûe à un parasite nouveau, le « Parendomyces Balzeri » — Balzer, Gougerot et Burnier, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1912, page 282.

C'est un malade qui voit apparaître sur la face externe de sa cuisse droite un clou de la grosseur d'une noix. La lésion rougit, s'ulcère, s'entoure de petites gommes. Quelque temps après apparaît une nouvelle gomme à la face interne de la cuisse droite. L'état général reste bon. Il n'y a pas de température. Les examens de laboratoire montrent qu'il s'agit d'une levure nouvelle appelée par les auteurs « parendomyces balzeri ». La guérison est très rapide avec l'iodure de potassium.

Un cas de Blastomycose cutanée à foyers multiples, par G. Hufschmitt, Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1931, page 850.

La malade a soixante trois ans. Il survient sur la partie latérale droite du cou une grosseur à type d'abcès, indolore Après incision, il y a récidive l'année suivante. Puis, surviennent successivement un panaris à l'index droit, puis divers abcès en différentes régions. Toutes ces lésions

sont incisées. Le dos de la main droite se recouvre alors de boutons qui se réunissent pour aboutir à une surface ulcéreuse purulente, croûteuse, légèrement douloureuse. A ce moment-là, les lésions deviennent végétantes, humides ou verruqueuses. Plusieurs diagnostics sont alors envisagés et successivement écartés : syphilis (B.W. négatif, traitement d'épreuve intensif ne donnant aucun résultat) lèpre (recherche du bacille d'Hansen négative) tuberculose (marche trop rapide, guérison spontanée de certains foyers, sans séquelles cicatricielles). Un examen histologique, après biopsie de l'examen verruqueux du dos de la main droite, montre une infiltration diffuse dermique lymphoplasmocytaire avec nombreuses cellules géantes et cellules épithélioïdes. Le tissu conjonctif est distendu par de l'œdème. On trouve des fibres élastiques en paquets dans les couches profondes du derme. On fait une biopsie de la gomme fermée du coude, qui montre, après examen, des vaisseaux lymphatiques et sanguins béants. On note encore une infiltration inflammatoire chronique et des cellules géantes. Un examen microscopique des frottis avec du pus de la gomme fermée montre des levures et des streptocoques. Des coupes pratiquées dans la profondeur des lésions et dans l'hypoderme montrent de rares levures isolées, ovalaires, ou polymorphes, avec des gaînes à double contour. On note des formes bourgeonnantes. Après plusieurs repiquages, on obtient des caractères morphologiques stables qui font classer l'organisme dans le genre « Debaryomyces Mucosus », de virulence très marquée pour les souris, atténuée pour le cobaye, presque nulle pour le lapin.

Blastomycose végétante de la face par M.L.M. Pautrier, Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1934, tome 1, page 212.

Rie... Albert, âgé de trente quatre ans, employé de bureau est exposé dans le moulin où il travaille, aux poussiè-

res de farine.

Début par un petit bouton sur la face gauche du nez, près de la pointe, assez douloureux. Dans la nuit, des douleurs très vives apparaissent qui font penser à un furoncle. Les jours suivants, extension des lésions qui augmentent très rapidement jusqu'à occuper toute l'extrémité du nez. La partie centrale présente un aspect verruqueux, un peu végétant. La pointe du nez est le siège d'une exulcération recouverte par une croûte légère, composée de sang coagulé et de sérosité. Très légère adénopathie sous maxilaire gauche. Les diagnostics de syphilis tertiaire, de tuberculose végétante, de pyodermite végétante sont éliminés successivement par l'évolution et par l'aspect des lésions. On pense alors à une blastomycose, ce qui est confirmé par les examens de laboratoire qui montrent les lésions histologiques inflammatoires connues, ainsi que des blastomyces dans les lésions et dans le pus.

Pansement local à la solution de Gram diluée Per os 4 gr. Iodure de Potassium pro die. Malgré cela, de nouvelles lésions apparaissent sur le visage, identiques aux précédentes. On ait alors un traitement iodé sous forme d'injections intraveineuses quotidiennes avec 5 cc d'une solution contenant 2 Gr. d'iode métalloïdique et 8 Gr. d'Iodure de Potassium pour 100 cc. d'eau. Amélioration rapide dûe à la précocité du diagnostic, et par suite, du traitement.

Blastomycose végétante par MM. M.L.M. Pautrier et R. Glasser, Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1934, tome 2, page 1.452.

M. A... Charles, présente depuis un an des lésions disséminées sur les membres inférieurs. Les éléments sont verruqueux, végétants, en placards; l'un d'eux siège sur l'avant bras gauche.

Antécédents : crises épileptiques depuis l'âge de 15 ans.

B.W. négatif. On trouve trois placards aux environs de la malléole interne de la jambe droite, deux dans la région malléolaire gauche, cinq sur la cuisse gauche; enfin une grosse lésion sur la face antérieure du poignet gauche. Ces lésions sont identiques, bien qu'à des stades évolutifs différents. Elles sont ulcéreuses, végétantes, recouvertes de squames et de fines croûtelles. Le fond est parsemé de microabcès miliaires qui laissent sourdre à la pression un peu de pus.

Le sujet recevant depuis un certain temps des préparations bromurées pour ses crises épileptiques, on pense à des bromides végétantes, mais l'administration de fortes doses de bromure ne modifie pas les lésions.

On pense alors à une blastomycose du type GILCHRIST, un peu poussé par le fait que le malade a été en contact avec des céréales (seigle) qu'il plante.

Des biopsies sont pratiquées et montrent la présence de corpuscules arrondis, à double contour : les levures. Histologiquement on note une importante infiltration lymphoplasmocytaire autour des vaisseaux Hyperacanthose épidermique. Inflammation aiguë du derme, avec œdème. Le traitement iodé externe et interne, a rapidement raison de l'affection.

Blastomycose de Gilchrist à foyers multiples, J. Watrin et Surdey. La Semaine des Hôpitaux, 22e année, N° 7, 21 février 1946, page 280.

Malade de quatre vingt trois ans, cultivateur vosgien sans antécédents. Le début de la maladie remonte à trois ans par des pustules acneiques, ostiofolliculaires, isolées, au niveau de la nuque; ces éléments s'étendent et se groupent pour constituer des placards ulcéro végétants au niveau de la nuque, puis du cou, des joues, des tempes, du thorax, de l'abdomen et des avants-bras, par inoculation

successive. A la face l'aspect est celui de lupus ulcéreux; sur le tronc, de pyodermite végétante. Ceci n'est pas confirmé par l'évolution.

Les examens du pus et l'analyse histologique n'ont révélé aucun germe ou aucune structure spécifique, mais la culture du pus sur carottes et pommes de terre glycérinées a montré l'existence d'un champignon du type « mycoderma hominis de Vuillemin », de « schizosaccharomyces hominis de Benedek ». L'intradermoréaction à la blastomycosine est positive. Un traitement externe par la solution de lugol, l'absorption d'iodoseptoplix et surtout les injections de blastomycosine (1/2 cc deux fois par semaine), ont rapidement enrayé l'extension des lésions. Cicatrices gaufrées, cheloïdiennes (ectropion de la paupière).

L'état général est demeuré excellent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Inédite. Clinique Dermatologique. Hôpital du Tondu
Professeurs Joulia et l'Epée. Docteur Texier.

M. Gar... François, cinquante six ans, tourneur, entre le 1er avril 1947, dans le service de la Clinique Dermatologique du Professeur Joulia pour une dermatose généralisée dont les premières manifestations remontent au début de 1944.

Dans les premiers mois de 1944, en effet, il commença à présenter de petits éléments papulo-pustuleux acnéiformes, d'abord sur le tronc, puis sur tout le corps, cette éruption survenant par poussées successives et ayant une durée de quatre à cinq mois au total.

En même temps, suppuration au niveau d'une ancienne cicatrice de blessure de guerre (amputation du talon droit par un éclat d'obus). Cette suppuration, traitée par des pansements humides, n'ayant guéri qu'au bout de six à sept mois.

Avant ces diverses manifestations pathologiques, le malade avait maigri de dix kilos, d'ailleurs sans ressentir la moindre fatigue.

De février à septembre 1945, nouvelle éruption du même type que la première.

Quelques jours après le début de cette seconde atteinte, à la suite d'une petite écorchure, il apparaît un état inflammatoire du dos de la main droite, avec rougeur, gonflement, et douleurs qui va demander plus de six mois pour disparaître. La fin de 1945 et le début de 1946 se passent sans histoire.

Mais vers le mois de mars 1946, il survient au niveau de la face externe de la cuisse droite, un élément pustuleux qui bientôt s'étale en une plaque suppurante, et qui demandera plus de trois mois pour cicatriser.

Un ou deux mois plus tard, même lésion au niveau de la face externe de l'avant-bras droit. Mais cette fois, la plaque s'étend jusqu'à constituer une vaste nappe occupant toute la moitié inférieure de l'avant-bras et suppure encore lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

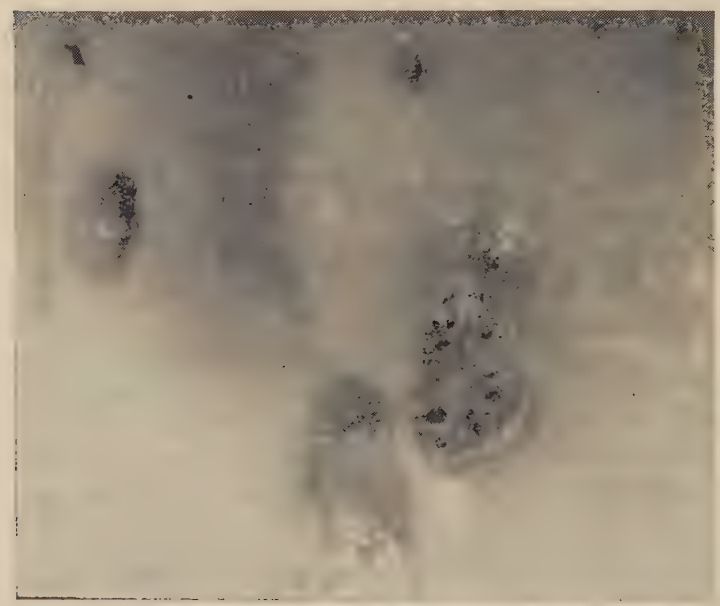
En même temps, en février 1947, il apparaît une pyodermite rapidement extensive de la joue gauche. Peu à peu surviennent des lésions semblables, multiples, disséminées sur tout le corps, en particulier sur les avant bras, les jambes, le dos. Et c'est alors le 1er avril 1947, que le malade entre dans le service du Professeur Joulia.

Aucun antécédent vénérien, ni bacillaire. Sa femme n'a pas eu de fausse couche. Il a quatre enfants bien portants.

A l'examen, pratiqué le 2 avril 1947, on fait les constatations suivantes :

En ce qui concerne les membres supérieurs, l'avant bras gauche présente un placard de la dimension d'une paume de main, de forme assez irrégulière quoique vaguement arrondie, légèrement saillant, de couleur rouge violacée et d'aspect vermoulu. Il est mollasse à la palpation qui, par des orifices multiples, fait sourdre un pus légèrement sanglant et assez mal lié. L'exploration au stylet des orifices suppuratifs, montre un décollement de plusieurs centimètres. A droite, une vaste nappe à contours largement arciformes occupe presque toute la hau-

teur de l'avant bras, sur le plan de l'extension. Cette lésion a le même aspect vermoulu que la précédente, mais en plus, en certains points, elle affecte une allure végétante plus marquée, alors qu'en d'autres, elle est en voie de guérison. Il ne persiste alors qu'une coloration violacée, sans cicatrice nettement appréciable.



En ce qui concerne les membres inférieurs, on note à droite, en plus de séquelles de blessure de guerre, sous la forme d'une cicatrice déprimée et hyperkératosique du talon, une lésion du type de celles précédemment décrites, de cinq centimètres de diamètre, à la face externe de la partie moyenne de la jambe. Du côté gauche, la cuisse présente au quart supérieur de sa face externe, une lésion d'aspect végétant et particulièrement vermoulu, de forme ovalaire, mesurant environ dix centimètres de long sur cinq de large, et autour de laquelle il existe trois îlots lenticulaires aberrants.

En ce qui concerne le tronc, sur le plan antérieur, il y a quelques petits éléments lenticulaires ou nummulaires disséminés, le plus souvent papulo-pustuleux, et rappelant l'acné. Sur le plan postérieur on note plusieurs placards ayant l'aspect criblé habituel : un dans la région sacrée, deux dans la région lombaire, trois dans la région dorsale, un au niveau de l'épaule gauche. En plus de ces placards il existe plusieurs dizaines d'éléments acnéïformes. Le cou est pratiquement indemne.

Le visage présente une lésion accessoire de trois centimètres de côtés sur la moitié droite du front et une lésion principale de la joue gauche. Cette dernière, de forme allongée, s'étend depuis le pavillon de l'oreille jusqu'à la commissure labiale, et a un aspect végétant particulièrement marqué. Rien au niveau du cuir chevelu. Le reste de l'examen est négatif tant au point de vue muqueux que viscéral.

En résumé, placards multiples et disséminés, violacés, non infiltrés, d'aspect vermoulu et parfois végétant, avec important décollement et pus mal lié. Par ailleurs, quelques éléments acnéïformes.

Les examens complémentaires suivants sont alors pratiqués:

— urines : aucun élément anormal;

— B.W. : négatif;

— numération globulaire et formule hémoleucocytaire : rien à signaler;

— temps de saignement : trois minutes;

— temps de coagulation : huit minutes;

— examens de frottis de pus (renouvelés six fois d'avril à août 1947) :

— très nombreux polynucléaires altérés, pas de flore microbienne, pas de filaments mycéliens;

— culture du pus sur milieu de Sabouraud : négative.

Le 15 avril on fait deux biopsies, l'une au niveau d'un élément jeune acnéïforme du dos, l'autre au niveau d'une plaque végétante d'âge plus avancé, de l'avant bras gauche. L'examen anatomo-pathologique montre :

1° pour l'élément jeune du dos :

— épiderme normal avec légère infiltration périvasculaire et périglandulaire sans signification spéciale.

2° pour la plaque végétante de l'avant bras :

— épithélium épaissi avec hyperacanthose marquée et allongement des papilles. Infiltrat périvasculaire, périfolliculaire, et périglandulaire, surtout composé de cellules mononuclées, lymphocytaires; quelques rares plasmocytes.

L'endothélium des vaisseaux est tuméfié. En un point de la coupe, vaste infiltration de polynucléaires, de lymphocytes, avec réaction conjonctive intense, cellulaire et fibreuse. Par places, grosses cellules groupées en amas, à noyau foncé, avec peu de protoplame, sans éosinophilie marquée. Plages de cellules épithélioïdes et quelques gros macrophages.

Il ne s'agit pas de granulome tuberculeux, ni syphilitique, mais plutôt d'un granulome mycosique ou d'une inflammation chronique à staphyocoques. Mais les frot-

tis pratiqués ne contiennent aucun microbe, ce qui incite à penser qu'il s'agit putôt d'une mycose. On n'a pas vu de filaments, ni de spores.

Le 16 avril, on commence un traitement à l'iodure de potassium, à raison de 6 grammes par jour. Cette thérapeutique provoque aussitôt une violente poussée congestive des lésions qui deviennent toutes turgescentes et violet noir, s'entourent d'un liséré surélevé rouge sombre, et provoquent une sensation de tension extrêmement pénible. En même temps, des lésions apparaissent au cuir chevelu jusque là indemne. Au bout de trois jours, on cesse donc l'administration d'iodure, ce qui amène rapidement le retour à l'état antérieur. Une cure de 1.500.000 unités de pénicilline, pratiquée du 22 au 29 avril, ne donne aucune amélioration sensible.

Au début de mai, la cautérisation au thermo-cautère, pratiquée régulièrement sur la bordure des lésions, ne provoque qu'un léger soulagement. Devant l'apparition continuelle de nouveaux éléments acnéïformes, et devant l'extension régulière des lésions déjà existantes, on décide d'essayer à nouveau une thérapeutique iodurée, et du 10 au 20 mai, on donne un, puis deux grammes d'iodure de potassium « per os et pro die ». Même poussée inflammatoire que précédemment, si bien qu'on doit encore abandonner ce traitement.

Entre temps, le 15 mai 1947, on pratique une nouvelle biopsie qui montre qu'il ne s'agit ni d'un ganulome tuberculeux, ni d'un granulome syphilitique, mais plutôt d'un granulome mycosique ou d'une inflammation chronique à germes banaux. Mais les frottis pratiqués ne contiennent aucun microbe, ce qui incite à penser qu'il s'agit plutôt d'une mycose. Et pourtant, on ne trouve encore ni filaments mycéliens, ni spores.

A compter du 23 mai, et pendant près d'un mois on administre LX gouttes par jour de la solution au millième d'Adrénaline. En même temps on essaie un traitement radiothérapique, successivement sur deux régions :

D'abord sur le placard sacré (10 séances quotidiennes de 100 r. de six minutes chacune) puis sur un placard dorsal (huit

séances de 150 r. de neuf minutes chacune, tous les jours).

Le résultat local est intéressant : chacune des lésions irradiées s'affaisse, et les douleurs y sont moins vives. Mais par ailleurs, les autres lésions continuent à s'étendre, et de nouveaux éléments ne cessent d'apparaître.

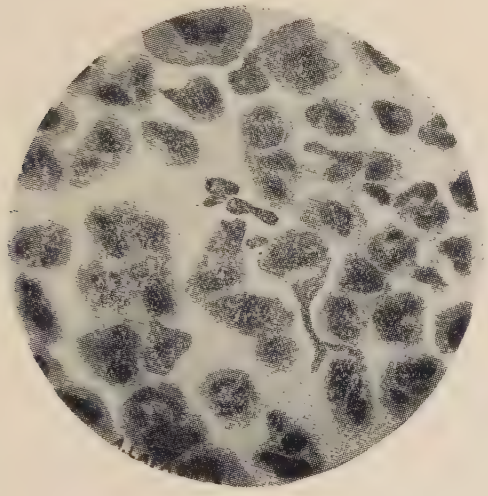
Aussi décide-t-on de faire le 7 juillet, sous anesthésie générale, la mise à plat à la curette de quelques placards végétants, ce qui amène une très nette amélioration des lésions ainsi traitées. En raison de ce résultat encourageant, on pratique d'autres curetages (six en tout jusqu'à la fin septembre) mais d'une manière plus timide, sous anesthésie locale seulement, donc moins correctement du fait de la douleur. Chaque fois, le succès obtenu est proportionnel à l'importance du nettoyage réalisé.

Simultanément d'autres thérapeutiques sont vainement essayées; c'est ainsi que l'enfumage iodé des lésions n'a d'autre effet que de provoquer une poussée congestive qui doit être calmée par des pansements humides. Quant au Neutralibour (tartrate neutre de cuivre) intraveineux (quinze injections aux doses progressives de 1, puis 2, puis 3 ampoules de 2 cc 5, à raison de trois injections par semaine) il n'a d'autre résultat que de déterminer un léger ictère.

C'est à la fin du mois d'août 1947 que l'on arrive à poser le diagnostic de blastomycose, à la suite de la découverte dans les frottis de pus provenant des lésions végétantes, de formations sporulées à double contour, arrondies ou oblongues, mal colorées en ce sens que la la capsule réfringente n'avait pas fixé le colorant et que seul le protoplasme était teinté par l'hémateïne ou le bleu de toluidine. Indépendamment de ces formations arrondies ou ovalaires, souvent bourgeonnantes, presque toujours extra cellulaires, on trouvait des fragments mycéliens rubannés, mais irréguliers et habituellement fragmentés.

Les cultures faites systématiquement pendant plusieurs semaines sur milieu de Sabouraud, carotte glycérinée, pomme de terre glycérinée, n'ont jamais permis d'isoler le champignon causal.

En octobre 1947, on fait à nouveau de la radiothérapie (dix séances). Pendant ce traitement l'affection continue à évoluer : des éléments jeunes apparaissent sous la forme de pustulettes entourées d'une petite auréole inflammatoire, dont les unes guérissent spontanément par déssication et dont les autres aboutissent aux plaques et placards de pyodermite, végétants et vermoulants, de la période d'état; l'extension de ces derniers est centrifuge et se fait par la bordure qui est constituée par un large bourrelet d'aspect particulièrement inflammatoire, c'est-à-dire saillant, violet foncé et très douloureux.



Le 20 novembre une intradermoréaction à la blastomycétine donne une légère rougeur persistant près d'une semaine.

Du 22 novembre au 23 décembre 1947, on essaie un traitement à la blastomycétine : trois injections intramusculaires par semaine à la dose de 4 cc par injection jusqu'à un total de 15 injections. L'amélioration n'est pas évidente. En tous cas, il n'y a aucune réaction ni locale, ni focale, ni générale. Une série d'autohémothérapie est sans effet.

Du 21 février au 24 mars 1948, une deuxième série de 15 injections intramusculaires de blastomycétine est pratiquée, peut être agit-elle favorablement sur l'évolution de la maladie. En tout cas les trois premières injections provoquent des réactions focales (poussées inflammatoires) et générales (fièvre).

En réalité, cette blastomycose n'a été guérie que par le traitement suivant :

1° En ce qui concerne les lésions existantes : raclage méthodique à la curette de toutes les lésions, les unes après les autres, sous anesthésie générale. A noter que ces interventions étaient techniquement faciles, car ces pyodermites végétantes et vermoulantes étaient très nettement limitées par rapport aux plans sous-jacents et par rapport à la peau environnante. C'est ainsi que trois anesthésies générales ont été faites les 24 janvier, 3 février et 9 février 1948, pour racler successivement d'abord les lésions des membres inférieurs, puis les lésions céphaliques et des membres supérieurs, enfin les lésions du tronc.

2° En ce qui concerne les lésions nouvelles : ouverture quotidienne à la curette des éléments acnéïformes, au fur et à mesure de leur apparition. Pendant toute cette période chirurgicale, le malade était baigné tous les jours dans une solution faible de permanganate de potasse ou de sulfate de cuivre.

Le 27 mars 1948, M. G..., quitte l'hôpital pratiquement guéri. Les lésions raclées à la curette sont maintenant cicatrisées. Certes il apparaît encore tous les jours de petites pustules mais elles sont de plus en plus rares, comme si les germes s'épuisaient. On recommande donc au malade d'ouvrir régulièrement chaque jour les pustulettes nouvellement formées et de continuer des bains médicamenteux quotidiens.

M. G.., ne revient nous voir que le 29 mai 1948. Malgré nos recommandations, il n'a fait aucun traitement depuis sa sortie de l'hôpital. Aussi, présente-t-il à peu près les mêmes lésions que lors de sa première hospitalisation. Pendant ce deuxième séjour de trois mois à l'hôpital, il subit à nouveau trois séances de raclage, sous anesthésie générale, en plus du raclage quotidien de toutes les jeunes pustulettes. Le 14 août 1948, il quitte le service de la Clinique Dermatologique pratiquement guéri.

Pendant quelques mois, il continue chez lui à ouvrir chaque jour les pustules, d'ailleurs de plus en plus rares, qui peuvent se former. Puis lorsque l'apparition des éléments acnéïformes s'épuise et cesse, il abandonne tout traitement. Nous avons pu continuer à suivre ce malade. Plus d'un an plus tard, la guérison se maintenait.

OBSERVATION N° 2

Inédite : Docteur Le Coulant.

M. D..., Michel, vingt ans, est adressé le 22 août 1949 par le Professeur Mauriac pour des manifestations cutanées multiples, disséminées sur le cou et les membres supérieurs, où elles présentent des aspects différents.

Le début de l'affection semble remonter à deux ans auparavant par des lésions à type d'abcès au niveau de la région cervicale postérieure.

Antécédents : Seul enfant de la famille. (Pas de fausse couche). C'est un enfant d'aspect féminin dont le psychisme est bien inférieur à celui d'un enfant de douze ans, puisqu'il s'amuse encore avec des soldats de plomb. Il lit et s'exprime assez mal. Il a eu une pleurite pendant la guerre de 1939-40. De plus, il existe une suppuration dentaire très importante, avec gingivite chronique et stomatite à fusospirilles. Abrasions de dents carriées qui ont nécessité des extirpations à différentes reprises. Jamais rien au point de vue pulmonaire.

Pas de gros foie, ni de rate. B.W. négatif. Son père a été porteur d'un chancre à vingt ans.

Le 22 août 1949, il se présente avec des manifestations multiples dont les plus importantes siègent au niveau de la face postérieure du cou et des membres supérieurs.

Au niveau du cou, on trouve une série de fistules à bords éversés, laissant écouler un pus bien lié, jaunâtre, épais. Au niveau des faces latérales, au milieu de nombreuses cicatrices de manifestations antérieures semblables, on trouve deux collections très importantes, du volume d'un gros œuf de poule, douloureuses, qu'on incise largement; il s'écoule la valeur d'un demi-verre de pus, pour chacune de ces manifestations. Des lé-

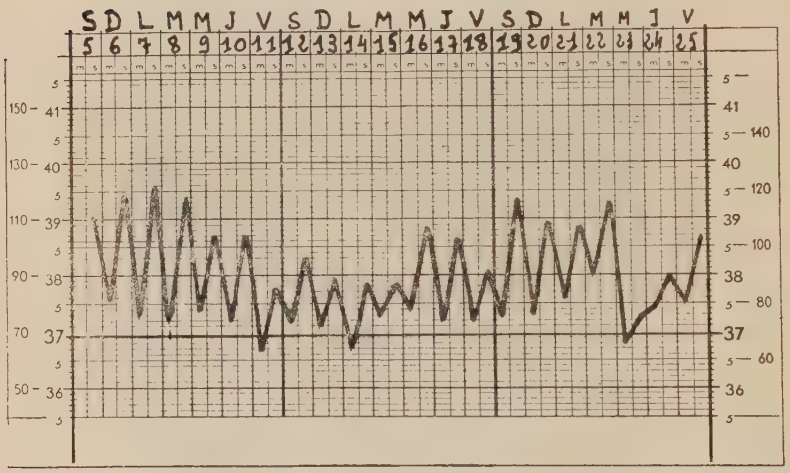
sions semblables évoluent depuis deux ans, toujours au niveau du cou, qui ont été prises pour des furoncles et traitées par la pénicilline. C'est précisément à cause de l'aspect très particulier de ces lésions qui évoquent une mycose, que le Professeur Mauriac nous l'adresse.

Au niveau des membres supérieurs (bras, avant-bras, poignets), les lésions sont un peu différentes : elles débutent par des pustulettes rappelant l'acné, mais au lieu de guérir après leur incision, ces manifestations s'étendent en surface, formant de vastes placards d'un rouge violacé, de la dimension de pièces de cinq francs ou plus, à surface végétante, donnant l'as-

pect d'une éponge purulente. D'autre lésions apparaissent rapidement sur les fesses, les aisselles, nécessitant des incisions multipes, mais ne guérissant pas malgré les soins antiseptiques habituels. L'état général fléchit rapidement. La température monte et prend un type oscillant entre 37° et 39°8.

On prélève du pus à différentes reprises, sur milieu de Sabouraud, sans résultat. On prélève alors un fragment des lésions végétantes, dont l'examen microscopique est le suivant :

— Au milieu d'un tissu de granulation où voisinent cellules conjonctives fixes étoilées, histiocytes, mastocytes, polynucléés neutrophiles et éosinophiles, on trouve des éléments sporulés de la taille d'un gros mononucléé, à double contour, présentant un noyau et des nucléoles : éléments qui ont gardé une teinte jaunâtre et tranchent sur le reste de la préparation. Ils ne sont pas disséminés sur toute la coupe, mais au contraire groupés en petites plages au bord de cette dernière.



Très nombreux vaisseaux plus ou moins dilatés et contenant des globules rouges. Ces formations sporulées rappellent celles décrites par GILCHRIST.

Il s'agit donc d'une mycose de type GILCHRIST, et on prescrit 10 grs d'Iodure de Potassium par jour, pansements humides avec solution iodo-iodurée à 1/1000. Les lésions se détergent, s'affaissent, surtout au niveau du cou, et finissent par guérir au bout de deux mois; si bien que l'aspect primitif disparaît complètement, et il ne persiste que quelques cicatrices sans infiltration sous-jacente .

Par contre, les lésions des avant bras, des aisselles, des fesses, continuent d'évoluer, et le 30 novembre, le malade doit être hospitalisé à la Maison de Santé Bagatelle, où il est procédé, sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, à un curetage soigneux de toutes les manifestations cutanées visibles. On est surpris d'ailleurs, en pratiquant cette opération, de pousser, malgré soi, la curette très profondément sous les tissus graisseux sous-jacents, au point de provoquer des délabrements considérables. Pansements iodés, puis dans les quelques jours qui suivent, avec la poudre d'iodure d'amidon Lumière.

Toutes ces manifestations guérissent rapidement en trois semaines, à l'exception de décollements importants au niveau des aisselles et des fesses, qui nécessitent un méchage avec la gaze iodoformée.

Le 28 décembre, le malade regagne, apyrétique, son domicile. Ses lésions sont à peu près guéries, à part une fistule au niveau de l'aisselle droite et une autre au niveau de la fesse droite. Il est d'une maigreur impressionnante. On a dû cesser l'iodure de potassium qui le fatigue et provoque des vomissements.

Traitement : Proteolysat, vin de quinquina et Frubiose C.

Le malade est revu quinze jours après chez lui. Les fistules sont à peu près taries. Les cicatrices des avant bras sont un peu chéloïdiennes, mais toute inflammation a disparu à leur niveau. Le malade mange et semble reprendre un peu de poids. Le 10 janvier, lésion anthracoïde de la lèvre supérieure, avec fistulisation externe et pertuis dans le vestibule buccal supérieur. Dans la crainte d'une affection staphylococcique on prescrit 8.000.000 de penicilline. Guérison en 8 jours sans incision.

Le 15 janvier, incision de l'abcès fessier, méchage à la gaze iodoformée.

Le 18 février, on revoit l'enfant en excellent état. Il a repris 6 kgs. Toutes les lésions sont cicatrisées, à l'exception d'un petit décollement axillaire droit qui suinte encore un peu, et d'un vaste décollement fessier droit, qu'on doit mécher à la gaze iodoformée.

Au niveau de la joue gauche, une petite pustulette semble vouloir indiquer une nouvelle poussée évolutive. Elle est incisée au galvano-cautère.

Revu le 20 février en excellent état. La lesion de la joue est guérie. La fesse suppure de moins en moins.

Dans les cultures, on a trouvé à deux reprises un « Candida albicans ».

L'étude de ces différentes observations étrangères ou personnelles, nous permet de brosser un tableau schématique de l'affection telle qu'on l'observe en France.

Etude clinique

Le malade vient consulter son médecin pour des manifestations cutanées. Rarement, c'est un seul élément qui se présente sous la forme d'une pustulette ou avec un aspect acnéïforme; dans les jours suivants, il va se développer, s'abcéder, s'étendre en plaques croûteuses et suintantes, comme par exemple dans le cas de W. Dubreuilh où la maladie commença par un nodule isolé primitif, donnant naissance secondairement par extension, à une succession d'abcès miliaires constituant tout un placard papillomateux. Ceci est cependant assez exceptionnel. En général, les foyers sont multiples, comme chez nos deux malades, et on retrouve plutôt un début par plusieurs éléments semblables sur une région localisée qui peut être un point quelconque du tégument, le plus souvent la face et les membres. De là, ces lésions en forme de petits nodules, de pustulettes, s'étendent, gagnent en surface, deviennent confluentes, formant de vastes placards de couleur rouge bru-

nâtre, d'aspect papillomateux, à surface végétante, offrant parfois une sensation de fermeté au toucher, parfois au contraire, mollasses. Une croûte assez épaisse recouvre en partie ces lésions : elle est le résultat du dessèchement du pus et de la sérosité fétide qui suintent entre les papilles, et qu'on peut voir apparaître par pression. Ainsi constitué, ce placard s'étend de façon irrégulière par un processus périphérique : la bordure est plus inflammatoire que le centre, saillante, plus foncée, douloureuse, et elle progresse ainsi de proche en proche. Parmi ces éléments qui, survenant par poussées, n'en sont pas tous simultanément au même point de leur évolution, les uns présentent une tendance à la cicatrisation et se transforment progressivement en taches brunâtres, parfois scléreuses. Ainsi, le malade de Watrin et Surdey, présentait-il un ectropion de la paupière inférieure dû à une bride cicatricielle dans la région temporale droite.

D'autres, au contraire, n'ont aucune tendance à cicatriser, et ils vont suppurer ainsi pendant des mois consécutifs.

Dans d'autres cas enfin , sous l'influence du traitement, il y a amélioration et même guérison apparente des lésions. Le malade repart chez lui comme dans notre observation N° 1, pratiquement stoppé dans son évolution, muni de quelques conseils qui, appliqués, doivent le libérer des dernières traces de sa maladie. Quant à lui, il se considère comme guéri, et probablement lassé des nombreuses thérapeutiques auxquelles il a été soumis, il en arrive à négliger les quelques soins bien simples qui lui ont été ordonnés lors de son départ de l'hôpital. Et le résultat ne se fait pas attendre : deux mois après exactement, il se présente à nouveau, porteur des mêmes lésions.

Au point de vue de l'état général, comment réagissent ces malades ? Le plus souvent ils supportent bien leur affection, témoin le malade de Watrin qui, bien qu'âgé de qua-

tre vingt trois ans et porteur de lésions étendues, n'a eu aucune réaction fébrile, aucune atteinte ganglionnaire, tous ses appareils fonctionnant normalement. Seule la peau était intéressée et cela n'avait aucune conséquence fâcheuse.

Dans d'autres cas cependant, comme chez notre jeune malade (observations n° 2) il y a un fléchissement marqué, avec perte de poids importante, grande asthénie, température oscillante entre 37° et 39°8, anorexie. Tout s'arrange fort bien d'ailleurs dès que l'état local est amélioré par le traitement; si bien qu'on ne peut pas énoncer de règle précise en ce qui concerne les réactions générales, qui semblent plutôt dépendre du terrain individuel.

Etude histologique.

Dans l'observation de Dubreuilh, cet auteur indique : « après fixation à l'alcool et inclusion à la paraffine, la lésion est constituée par une nappe de tissu de granulation occupant la moitié superficielle du derme et s'étendant depuis l'épiderme jusqu'aux glandes sudoripares, qui sont généralement en dehors de la nappe d'infiltration ». Dans la plupart des observations, l'histologie permet de constater que cette nappe d'infiltration est lobulée par des travées fibreuses perpendiculaires à la surface, contient des cellules géantes et des abcès miliaires. Souvent on note une hyperacanthose épidermique marquée. Parmi les travées fibreuses, on trouve des fibres conjonctives, quelques traînées de tissu élastique et des cellules, notamment des cellules plasmatiques qui servent de soutien à des vaisseaux. L'infiltration cellulaire comprend des lymphocytes mononucléaires et des cellules fusiformes. Les cellules plasmatiques, nombreuses et volumineuses, se trouvent au voisinage des vaisseaux et des trainées fibreuses. Plus près des

abcès miliaires, les polynucléaires tendent à remplacer les autres cellules. De plus, dans les parties modérément infiltrées, on trouve de grosses cellules globuleuses, à noyau net, à protoplasme homogène. Les cellules géantes se présentent en grand nombre. Elles sont d'un volume important, ont dix à soixante noyaux, parfois plus, disposésen couronne à la périphérie. Elles contiennent souvent des blastomycètes.

Certaines sont même centrées par un abcès microscopique. Les cellules épithélioïdes sont groupées en petits amas. Souvent on trouve au milieu un groupe de blastomycètes. Ces derniers, que nous aurons l'occasion de décrire un peu plus loin, se trouvent le plus souvent groupés parmi le tissu de granulation. Ils sont placés soit entre les cellules, soit dans le corps protoplasmique de l'une d'elles, en nombre variant entre cinq et une douzaine. Ils se présentent dans la coupe comme de petits éléments sporulés à double contour, avec un noyau et des nucléoles. Ils gardent une teinte jaunâtre et tranchent sur le reste de la préparation. En dehors de cette place habituelle, Dubreuilh en a décrit dans les cellules géantes, à la périphérie et plus rarement au centre. On trouve enfin des vaisseaux dilatés, et qui contiennent des hématies.

Etude mycologique.

Si nous parcourons la lttérature qui a trait aux cas déjà signalés en France et à l'étranger, on peut constater que cette affection n'est pas provoquée par le même agent parasitaire, du moins si nous en jugeons par le nom qui lui est donné. C'est ainsi qu'appelé « oïdium » par certains, « blastomyces dermatitis » par d'autres, on le connaît également sous le nom de « mycoderma Gilchristi », de « zymonema », « mycoderma hominis » (Vuillemin de Nancy) « schizosaccharomyces » (Benedeck).

In vitro, il se présente sous la forme de cellules arrondies, bourgeonnantes, de dix à seize microns. Parfois, il affecte une forme ovalaire, ,et plusieurs éléments se plaçant ainsi bout à bout, réalisent la forme de pseudo filaments. Aussi, il est capable de donner l'aspect de filaments longs et réguliers, inégalement cloisonnés, ramifiés de loin en loin.

Il faut dire qu'il a suscité de nombreuses discussions par suite de ses divers aspects et des diverses caractéristiques qu'il peut avoir.

Les uns pensent qu'il n'y a qu'une espèce qui comporte plusieurs variétés : ce sont les Unicistes. Les autres sont Pluralistes, et admettent trois groupes à caractères différents au point de vue culture sur milieux solides et liquides, quantités de filaments mycéliens, enfin aérobiose. Nous aurions ainsi : « Blastomyces », « Oïdium », et « Hyphomyces ».

Précisons enfin que la réaction de fixation du complément (réaction de groupe probablement) est positive (Da Fonseca) ainsi que la cuti-réaction et l'inoculation à l'homme (cas rapporté d'un médecin qui s'inocula la blastomycose en pratiquant l'autopsie du cas d'Ormsby et Miller). L'inoculation sous cutanée est négative pour le cobaye, le lapin, le chien et la souris. L'inoculation par voie intramusculaire donnerait une forme pseudo-tuberculeuse.

Les colonies font fermenter le glucose et le maltose, mais ne liquéfient pas la gélatine. La culture se fait de façon générale sur gélose de Sabouraud ou sur carotte en bouillon glycériné, soit à la température ordinaire, soit à l'étuve.

In vivo, on trouve des cellules sphériques ou ovalaires, réfringentes, avec une membrane, une capsule épaisse à double contour. Le diamètre est de 8 à 12 microns en moyenne. La reproduction se fait habituellement par bourgeonnement. Dans le cas observé par Dubreuilh cependant, le processus était la scission, et l'auteur n'avait vu qu'un seul cas de bourgeonnement. De Monbreun a montré quels étaient les rapports entre la forme de levure et la forme filamenteuse : on peut passer de l'état levuriforme à la forme filamenteuse sur milieu ordinaire, spontanément. Pour conserver l'état levuriforme, il faut des repiquages à des intervalles rapprochés à 37°. La forme filamenteuse est irréversible par culture. Le passage par la souris est indispensable. « Cette observation remarquable

éclaire définitivement la question de la maladie de Gilchrist et montre que ce syndrôme peut être produit par divers champignons possédant tous la faculté de passer chez l'hôte, par une phase levuriforme à éléments sphériques, à parois épaisses, et se multipliant par bourgeonnement » (Langeron, Précis de Mycologie, page 557, Masson Edit.)

Dans nos observations personnelles, nous avons constaté d'une part (Observation N° 1) : des formations sporulées au voisinage de leucocytes, souvent bourgeonnantes, mais aussi des fragments mycéliens, cloisonnés à petits intervalles, dont l'extrémité était sporulée.

D'autre part (Observation N° 2) : il s'agissait de spores rondes n'ayant pas pris la coloration dans les préparations microscopiques et rappelant les figures histologiques décrites par les premiers auteurs. Les cultures de pus et du raclage des lésions ont donné à deux reprises différentes des cultures pures de « candida albicans ».

Diagnostic.

Il semble que trop peu de cas aient été homologués en France pour que l'idée de cette affection puisse s'imposer à l'esprit du clinicien. Autrement dit, on pose un diagnostic ferme après avoir éliminé successivement un certain nombre de dermatoses dont l'allure végétante rappelle cette manifestation.

Il est, en effet, facile de confondre cette affection à caractère septicopyohémique, pustuleuse végétante, avec les affections spécifiques végétantes syphilitiques et tuberculeuses, les dermatoses pustuleuses végétantes d'origine pyococcique.

La septicémie syphilitique secondaire est capable de provoquer des efflorescences papuleuses, centrées par des pustules qui, en se solidifiant, donnent des croûtelles brunâtres. On peut observer, par la coalescence, des placards framboesiformes ou papuleux riches en tréponèmes, d'autre part, des syphilides ulcéro végétantes, papillomateuses et verruqueuses de la période tertiaire. La réaction de Bor-

det Wassermann est habituellement positive. Dans la syphilis maligne précoce où ces manifestations sont plus rarement observées, le B.W. est négatif. Ces formes sont surtout fréquentes dans le bassin méditerranéen et en Afrique du Nord.

Les manifestations pustuleuses de la tuberculose sont également disséminées sur tout le corps et ne sont pas précédées de nodosités sous cutanées. La lésion est limitée par une zone rosée, un peu tuméfiée, un peu douloureuse. Il y a formation d'ne croûte plate, brune, qui tombe au bout d'une vingtaine de jours en laissant une cicatrice arrondie et déprimée. On peut ainsi voir sur le visage des lésions se groupant en tumeurs vaguement anthracoïdes avec plusieurs orifices et procédant par poussées subintrantes d'un petit nombre d'éléments qui évoluent sans température et de façon indolore : c'est « l'acnitis » ou « hydroadénite destructive, suppurative de Pollitzer ».

Autres modalités : « l'acné cachecticorum », localisé surtout au tronc et aux membres inférieurs, consistant en pustules purulentes qui présentent un fond ulcéreux sous jacent et qui laissent des cicatrices marquées. On peut citer encore « l'echtyma terebrant » et la tuberculose cutanée superficielle pustulo-ulcéreuse ou ulcéro crustacée de Gaùcher» dont les lésions peuvent présenter de grandes ressemblances avec celles de la blastomycose.

Il est peut être encore plus difficile de différencier cette dernière de la « dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique de Hallopeau ». Cette dernière est constituée par des foyers qui débutent soient isolément, soit autour d'anciens foyers inflammatoires, sous forme de vésico pustules miliaires. Ces lésions peuvent avoir des dimensions considérables. Elles évoluent très longtemps, de nouvelles pustules se développant à la périphérie cependant

que les lésions les plus anciennes s'affaissent. L'Etat général reste bon. Les examens du liquide des pustules, les biopsies et les cultures ont montré qu'il y avait du staphylocoque dans ces lésions.

Enfin on peut citer également les « pseudo bromides à tendance ulcéro serpigineuse de Brocq », éléments qui présentent une zone périphérique erythémateuse entourant un bourrelet saillant de 2 à 3 millimètres de haut, le tout étant centré par une zone ulcéreuse à fond sanieux, avec quelques bourgeons, parfois une escharre plus ou moins épaisse. Ces éléments évoluent ainsi de longs mois, avec des périodes de rémission et des récidives, entraînant souvent la mort du malade par épuisement.

En fait, la clinique est capable d'évoquer la possibilité d'une blastomycose, mais à elle seule, elle est impuissante à confirmer cette hypothèse. C'est au laboratoire qu'il appartient d'en faire la preuve. Et là encore ce n'est pas toujours facile. De patientes et longues recherches sont le plus souvent nécessaires, et ce n'est parfois qu'après des examens répétés que l'on découvre la présence des levures signant ainsi l'affection, et permettant de mettre en œuvre le traitement approprié.

Pronostic.

Si nous envisageons maintenant le pronostic de la blastomycose cutanée du type Gilchrist, nous serons amenés à faire une remarque importante : jusqu'à présent nous avons eu en vue, au cours de cette courte récapitulation, uniquement l'affection telle qu'elle se présente dans nos régions, et ceci nous conduit à faire des réserves sur ce que nous avons dit, tant au point de vue aspect clinique, que pronostic.

La blastomycose est en France une maladie longue, tenace, très désagréable, mais nous ne croyons pas qu'elle mette les jours de celui qui en est atteint, en danger. C'est avant tout une affection de la peau. Comme nous l'avons dit plus haut, l'état général demeure relativement bon, et en tout cas, les différents appareils fonctionnent normalement.

A côté de cette forme qui est la forme commune chez nous, et à la description de laquelle nous nous sommes volontairement bornés, il y a lieu de mentionner la forme

américaine, qui présente un aspect beaucoup plus polymorphe.

D'après des travaux récents, l'incubation en serait de une à deux semaines. Elle frappe les adultes, et en particulier 50 % au-dessus de quarante ans, 50 % entre vingt et quarante ans, hommes surtout. Cependant, deux exemples en ont été rapportés chez les chiens, et on admet l'existence saprophytique possible des blastomyces chez les plantes.

Au point de vue de son aspect clinique, ce qui la différencie surtout de la forme déjà étudiée, c'est sa dissémination viscérale très fréquente : les poumons sont souvent le premier foyer atteint, donnant un syndrôme d'infection aiguë de l'arbre respiratoire. Plus tard, on a un syndrôme subjectif de tuberculose. On peut assister à un néphrite. Egalement, les os sont très fréquemment atteints, en particulier les côtes et les vertèbres, et il peut y avoir production de fongosités aboutissant à de véritables ostéomyélites ou périostites.

Parfois même le système nerveux central est atteint (méningites); plus rarement on observe des localisations au niveau de la langue, du larynx, et des organes abdominaux. Par contre le tractus intestinal n'est pour ainsi dire jamais atteint.

Le pronostic, fait avant la dissémination, est favorable. Après on note 90 % de décès (Jacobson).

Le traitement admet les mêmes éléments que dans la forme que nous avons en vue dans nos régions. Nous y reviendrons dans un instant.

En présence de ce schéma, aussi condensé que nous l'ayons volontairement tracé, point n'est besoin d'insister pour montrer les différences profondes qui existent entre ces deux modalités de la même maladie suivant les zones géographiques.

A ce propos, nous signalons que P. Joulia et P. Le Coulant ont publié en 1939 (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 7e Série, Tome 10, N° 7, juillet 1939, page 549), sous le titre : « *Les Epidermycoses généralisées de la seconde enfance par champignons levuriformes* » deux observations dont la seconde, inédite, a trait à un enfant de huit ans, qui ayant présenté au début des lésions de muguet buccal, de perlèche, et de pédiculose profuse du cuir chevelu, a été suivi de 1930 à 1937, années au cours desquelles successivement, il a présenté des manifestations cutanées et muqueuses disséminées, croûteuses, polymorphes, (les recherches mycologiques ont permis de trouver « Monilia albicans ») puis des lésions pulmonaires graves ayant entraîné la mort, et pour lesquelles on n'a jamais trouvé de bacilles de Koch. La culture des urines avait montré l'existence de levures et il est très probable que c'est là un cas de localisation de l'affection parasitaire sur l'arbre aérien.

Il est curieux de constater que ces faits et ceux décrits outre Atlantique sous le nom de « Blastomycose américaine », semblent appartenir à la même catégorie.

Signalons encore qu'inversement à la rareté des publications françaises en ce qui concerne ce sujet, la presse médicale américaine est loin d'être aussi avare.

Quelles conclusions faut-il en tirer ? La maladie est-elle proportionnellement plus répandue en Amérique qu'en France où elle constitue, rappelons-le, une exception, ou bien faut-il admettre que les moyens de dépistage chez nous sont insuffisants à détecter systématiquement la blastomycose qui, de ce fait, est souvent méconnue ?

Pour notre part nous avons tendance à admettre volontiers que les deux facteurs concourrent à un tel résultat.

Traitement.

Il y a d'abord, comme dans toute affection, des mesures d'hygiène : grand air, soleil, alimentation, sont des facteurs qui, sans avoir peut-être une grande action sur l'affection elle-même agissent en tant que modificateurs du terrain. Ensuite viennent les traitement physiques, médicamenteux, spécifiques.

Parmi les premiers : l'excision chirurgicale, ou raclage méthodique à la curette, sous anesthésie locale, ou mieux générale, semble donner les meilleurs résultats, tout au moins en ce qui concerne nos malades. Il existe un léger inconvénient pouvant venir de la multiplicité des lésions, mais il est loin d'être insurmontable, comme nous l'avons vu pour notre malade n° 1. Concurremment à ce traitement chirurgical qui s'adresse aux lésions déjà évoluées, il ne faut pas oublier d'ouvrir systématiquement tous les éléments nouvellement apparus, et ce, chaque jour, avec beaucoup de soin et de méthode. Les bains au permanganate de potasse ou au sulfate de cuivre trouvent à cette époque une indication très bienfaisante.

Parmi les autres traitements physiques, on peut employer avec peut être moins de bonheur la diathermie, la cautérisation de la bordure active des lésions, au thermocautère. Les rayons X peuvent donner de bons résultats, provoquer l'affaissement des lésions ainsi traitées et la disparition, ou tout au moins une diminution importante des douleurs. Cependant, ils n'arrêtent guère l'évolution de la maladie, à moins d'irradier systématiquement toutes les lésions, ce qui est parfois difficile quand elles sont nombreuses et étendues.

Comme traitement médicamenteux, on emploie surtout l'iodure de potassium. Les résultats sont variables; parfois excellents, si la médication est bien tolérée, parfois au contraire mauvais, soit qu'il y ait intolérance, soit que l'iodure provoque des poussées congestives extrêmement désagréables au niveau des lésions, au point de nécessiter l'interruption du médicament.

Cela ne parait pas toujours dépendre des doses employées.

Sur nos deux malades, le jeune Michel D..., âgé de vingt ans, a bien supporté au début 10 Gr. par jour d'iodure, tandis que M. G..., François, cinquante six ans, a eu des réactions locales congestives importantes avec 6 gr. pro die une première fois, et 1 gr., puis 2 gr. quelques temps après. Si bien qu'on a dû interrompre définitivement ce médicament.

En même temps, on peut faire des pansements locaux à la solution iodo-iodurée à 1/1000, des enfumages iodés, des méchages à la gaze iodoformée. La pommade à l'iodomaïsine d'une part et la pommade à l'iodure d'amidon Lumière d'autre part, nous ont également donné de très bons résultats (Observation n° 2).

Il existe aussi des médications spécifiques : blastomy-

cosine ou blastomycéline (extrait blastomycosique) qui parfois peut donner d'excellents résultats. (Watrin). Pour nôtre part, cela n'a pas été très démonstratif.

Enfin, autohémothérapie, vaccinothérapie spécifique (par (Sabrazès et Costa de Bordeaux, reprise en Amérique par Stober, Martin et collaborateurs) peuvent être tentées avec des fortunes diverses.

CONCLUSIONS

La dermatose décrite par Gilchrist, en 1896, fréquente en Amérique où elle a été très étudiée, s'avère relativement rare en France, où il n'en existe, à notre connaissance, que neuf observations, dont deux personnelles qui nous ont permis de faire une revue générale de cette question.

— Elle débute très habituellement par des manifestations à type de pustules acnéiformes qui rapidement s'agminent et donnent des placards de dimensions variables rappelant les pyodermites végétantes, la tuberculose végétante ou les syphilides végétantes.

— Histologiquement, il s'agit de granulomes qu'on observe également dans les lésions spécifiques tuberculeuses ou syphilitiques. Mais on retrouve dans les tissus des corpuscules levuriformes ou des filaments mycéliens.

— La culture donne habituellement des colonies de levures à type de « candida albicans », ou des formes voisines.

— Le traitement consiste à poursuivre les lésions végétantes par le raclage à la curette. La médication iodurée est souvent infidèle, de même que les extraits blastomycosiques ou les médications antibiotiques. La radiothérapie peut donner d'excellents résultats dans les formes localisées.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER
Le Président,

P. JOULIA

VU :
Bordeaux, le 12 Juillet 1950
Le Doyen,

G. PORTMANN

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 18 Juillet 1950.
Le Recteur,
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

R. POPLAWSKI

BIBLIOGRAPHIE

W. Dubreuilh. — Communication faite au V[e] Congrès International de Dermatologie de Berlin. 12-17 septembre 1904 : « De la blastomycose cutanée ».

Hudelo, Duval et Laederich. — Etude d'un cas de blastomycose à foyers multiples. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris 1906, 23[e] année, 6 juillet, p. 273.

Balzer, Gougerot et Burnier. — Nouvelle mycose : Parendomycose gommeuses ulcéreuse, dûe à un parasite nouveau, le parendomyces balzeri. *Annales de derm. et de syph.*, 1912, page 282.

Hufschmitt G. — Un cas de blastomycose cutanée à foyers multiples, *Annales de derm. et de syph.*, 1931, p. 850.

M.L.M. Pautrier. — Blastomycose végétante de la face, *Bulletin de la Soc. Française de Derm. et de Syph.*, 1934, tome 1, p. 212.

M.L.M. Pautrier et R. Glasser. — Blastomycose végétante. *Bulletin de la Soc. Française de Derm. et de Syph.*, 1934, Tome 2, p. 1452.

J. Watrin et Surdey. — Blastomycose de Gilchrist à foyers multiples. *La Semaine des Hôpitaux*, 22e année, n° 7, 21 février 1946, p. 280.

P. Joulia et P. Le Coulant. — Les épidermycoses généralisées de la seconde enfance par champignons levuriformes. *Annales de Derm. et de Syph.*, Tome 10, juillet 1939, p. 549.

M. Langeron. — Précis de Mycologie, Masson Edit.

Benham, R. W. — Fungi of blastomycosis and coccidioidal granuloma. *Arch. Dermat. et Syph.*, 30 : 385, 1934.

Bergstrom, V. W. Nugent, Gand Sinder M. C. — Blastomycosis report of case with involvement of skin and bones. *Arch. Derm. et Sych.* 36 : 70, 1937.

Brody M. — Blastomycosis north américan type : proved case from european continent, *Arch. de Derm. et Syph.* 56 : 529, 1947.

De Monbreun W. A. — Experimental chronic cutaneous blastomycosis in monkey Study of etiologic agent, *Arch. de Derm. et Syph.* 31 : 831, 1935.

Foshay and Madden A.G, — The dog as natural host for blastomyces dermatitidis, *Am. J. Trop. Med.* 22 : 565, 1942.

Gilchrist T. C. — Case of blastomytecic dermatitis in man, Johns Hopkins Hosp. Rep. 1 : 269, 1896.

Martin D. S. — Practical application of some immunologic principles to diagnosis and treatment of certain fongus infections. *J. Invest. Dermat.* 4 : 471, 1941.

Montgomery F. H. - Brief summary of clinical, pathologic, and bactériologie features of cutaneous blastomycosis (blastomycetic dermatitis of Gilchrist) from observations of James Nevins Hyde and the writer, with illustrations from 13 cases, *J.A.M.A.* 38 : 1486, 1902.
Nevins Hyde and the writer, with illustrations from 13 cases, *J.A.M.A.* 38 : 1486, 1902.

Montgomery and Ormsby O. S. — Systemic blastomycosis, *Arch. Int. Med.* 2 : 1, 1908.

Rixford, E. — Two cases of protozoan (coccidioidal) affection of skin and other organs, *Johns Hopkins Hospit. Rep.* 1 : 209, 1896.

Smith L.M. — Blastomycosis and blastomycosis-like infections *J.A.M.A.*, 116 : 200, 1941.

Spring D. — Comparison of seven strains of organisms causing blastomycosis in man, *J. Infect. Dis.* 44 : 169, 1929.

Stober, A. M. — Systemic blastomycosis, *Arch. Int. Med.* 13 : 510, 1914.

Ormsby O. S. and Miller H. M. — Systemic blastomycosis, *J. Cutan. Dis.* 21 : 121, 1903.

Georges M. Lewis and Mary E. Hopper. — An introduction to medical mycology. *The year book publishers. Inc.*

Nicolas V. Greco. — Origine des tumeurs (Etiologie du cancer, etc...) et observations de mycoses (blastomycoses, etc...) Argentines, Buenos-Ayres, 1916, *La Semana Medica, Imp.*

Imp. S. Louhau, 91, r. de Vincennes, Bx.